CONCOURS D'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE
(1930)
SECTION D'OBSTÉTRIQUE

TITRES

ET

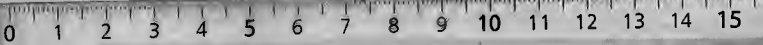
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR E. BANSSILLON



LYON
IMPRIMERIE BOSC FRÈRES ET RIOU
42, QUAI GAILLETON, 42
—
1930



TITRES

TITRES ET FONCTIONS UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine (Lyon, 1925).

Moniteur de Travaux pratiques d'Hygiène et de Microbiologie (1922-1923).

Diplomé d'Hygiène et de Microbiologie (1923).

Préparateur de recherches au laboratoire d'Hygiène et de Microbiologie (1923-1929).

Moniteur de Clinique Obstétricale (1925-1928).

Chef de Clinique Obstétricale (en fonctions depuis novembre 1928).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hopitaux (Concours 1919).

Interne des Hopitaux (Concours 1921).

Accoucheur, chargé du Service de Garde et des Suppléances dans les Hopitaux de Lyon (Admissibilité au Concours d'Accoucheur des Hôpitaux d'avril 1927).

ENSEIGNEMENT

Conférences de travaux pratiques et d'enseignement au laboratoire d'Hygiène (1923-1929).

Conférences a l'École d'Infirmières visiteuses d'Hygiène et de l'Enfance (depuis 1926).

Cours aux élèves sages-femmes de première année (1925-1928).

Cours aux élèves sages-femmes sur la grossesse et Pathologie de la grossesse (depuis novembre 1928).

Conférences et Démonstrations pratiques (de novembre 1925 à novembre 1928, à la Clinique obstétricale).

Conférences et Démonstrations cliniques (depuis novembre 1928, à la Clinique obstétricale).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société Obstétricale et Gynécologique de Lyon (1er janvier 1929).

Membre de la Société Nationale pour l'avancement des Sciences (août 1926).

ŒUVRES D'ASSISTANCE

Médecin consultant de l'Œuvre Lyonnaise des « Gouttes de Lait » depuis 1928).

DÉCORATIONS

Médaillé Militaire.
Croix de Guerre (4 citations).

LISTE des TRAVAUX et PUBLICATIONS

1922.

1. **Double diverticule de la vessie avec absence du rein, de l'uretère et de la vésicule séminale du même côté** En collaboration avec M. le Professeur GAYET (*Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, 8 février 1922 ; *Lyon Médical*, p. 573).

2. **Un cas d'uretères forcés.** En collaboration avec M. le Professeur GAYET (*Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, 15 février 1922; *Lyon Médical*, p. 629).

3. **Un cas de reins polykystiques bilatéraux.** En collaboration avec M. le Professeur GAYET (*Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, 1[er] mars 1922; *Lyon Médical*, p. 771).

4. **Milieu de Pétrof et diagnostic bactériologique rapide de la tuberculose des voies urinaires.** En collaboration avec M. ROCHAIX (*Société de Biologie*. Réunion de Lyon, 1[er] mai 1922. Extrait des comptes rendus des séances de la *Société de Biologie*, tome LXXXVI, p. 935).

5. **Un cas de Pyonéphrose tuberculeuse.** En collaboration avec M. le Professeur GAYET (*Société Nationale de Médecine et des Sciences médicales*, 30 novembre 1922; *Lyon Médical*, p. 249).

1923.

6. **Sur la régénération de la fonction pigmentaire du Bacille pyocyanique par son passage sur milieux « sucrés ».** En collaboration avec M. ROCHAIX (*Société de Biologie*. Réunion de Lyon, 9 juillet 1923. Extrait des comptes rendus des séances de la *Société de Biologie*, tome LXXXIX, p. 538).

1924.

7. **Phlébite du membre supérieur droit au cours d'une strepto-coccémie post-abortive.** En collaboration avec M. le Docteur Gaucherand (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 5 janvier 1924 ; *Bulletin* 1924, p. 152).

8. **Les hémorragies du nouveau-né. Traitement par la transfusion du sang.** Contribution à la thèse de Charbonnier, 1924.

9. **Abcès amicrobien du sein pendant la grossesse.** En collaboration avec M. le Docteur Gaucherand (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 4 février 1924; *Bulletin* 1924, p. 272).

10. **Un cas de pleurésie pulsatile droite.** En collaboration avec M. le Docteur J.-F. Martin (*Société Nationale de Médecine et Sciences médicales,* 6 février 1924; *Lyon Médical,* tome II, p. 78).

11. **Expulsion spontanée d'un fibrome sphacélé pendant les suites de couches.** En collaboration avec M. le Docteur Gaucherand (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 4 mars 1924; *Bulletin* 1924, p. 465).

12. **L'hydrocéphalie et le Spina Bifida considérés au point de vue obstétrical** (Contribution à la thèse d'Anguélina Atchimovitch, 1924).

13. **Essai d'une thérapeuthique de l'hydramnios par les injections intra-veineuses hypertoniques.** En collaboration avec M. le Professeur Commandeur (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 7 juillet 1924; *Bulletin* 1924, p. 659).

14. **Rupture utérine traitée par tamponnement simple. Guérison.** En collaboration avec M. le Professeur Voron et Bouvier (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 10 novembre 1924; *Bulletin* 1925, p. 70).

15. **De la torsion des fibromes utérins pendant les suites de couches** (Contribution à la thèse d'Yvan Petrovitch, 1924).

1925.

16. **Mort subite au cours d'une albuminurie gravidique.** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 5 mars 1925; Bulletin 1925, p. 390).

17. **Enfoncement du frontal survenu au cours d'un accouchement spontané et traité par la méthode de Vicarelli.** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 mars 1925; *Bulletin* 1925, p. 392).

18. **Un cas d'inversion utérine.** En collaboration avec M. Rhenter (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 7 mai 1925; *Bulletin* 1925, p. 577).

19. **Rupture du segment inférieur au niveau du promontoire traité par tamponnement. Guérison.** En collaboration avec MM. les Professeurs Voron et Rhenter (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 7 mai 1925; *Bulletin* 1925, p. 168).

20. **Hydramnios. Anencéphalie. Suites de couches avec manifestations infectieuses d'origine vraisemblablement spécifique.** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 7 mai 1925; *Bulletin* 1925, p. 170).

21. **Les groupes sanguins de la mère et du nouveau-né et l'agglutination réciproque de leurs globules rouges. Signification clinique et thérapeutique.** (Thèse de la Faculté de Médecine de Lyon, le 22 mai 1925).

1926.

22. **Hémorragies gastro-intestinales graves chez le nouveau-né. Transfusion du sang. Guérison.** En collaboration avec MM. les Professeurs Voron et Rhenter (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 janvier 1926; *Bulletin* 1926, p. 181).

23. **La transfusion du sang chez le nouveau-né** (Contribution à la thèse de Giraudon, 1926).

24. **Un cas d'hématome du cordon.** En collaboration avec M. Trillat (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 novembre 1926; *Bulletin* 1927, p. 274).

1927.

25. **Perforation spontanée du duodénum chez un nouveau-né.** En collaboration avec M. Trillat (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 mars 1927 ; *Bulletin* 1927, p. 382).

26. **Un cas de tétanos du « post-partum ».** En collaboration avec M. Trillat (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 mars 1927; *Bulletin* 1927, p. 390).

27. **Contribution à l'étude des hémorragies utérines des jeunes filles; leur traitement par la transfusion du sang.** En collaboration avec M. L. Michon (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XV, n° 4, avril 1927, p. 279).

1928.

28. **Rétroversion de l'utérus gravide et crises d'asthme. Réduction spontanée. Guérison des manifestations respiratoires.** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 juillet 1928; *Bulletin* 1928, p. 874).

29. **Crises d'éclampsie avec albuminurie massive ne cédant qu'au quatrième mois du « post-partum ».** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 juillet 1928; *Bulletin* 1928, p. 874).

1929.

30. **Myomectomie au cours de la grossesse. Evacuation extemporanée de l'utérus sous rachianesthésie.** En collaboration avec M. le Professeur Villard (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 7 janvier 1929, *Bulletin* 1929, p. 63).

31. **Présentation de l'épaule négligée. Fissuration du segment inférieur traitée par laparotomie et suture. Guérison.** En collaboration avec M. Ricard (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 4 mars 1929 ; *Bulletin* 1929, p. 356).

32. **Deux cas d'anesthésie rachidienne au cours du travail.** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 6 mai 1929 ; *Bulletin* 1929, p. 500).

33. **Un cas d'hémorragie du « post-partum », traitement médical. Guérison.** En collaboration avec M. le Professeur Voron (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 3 juin 1929; *Bulletin* 1929, p. 568).

34. **Signification clinique et thérapeutique des cas d'agglutination réciproque des globules rouges de la mère et de l'enfant nouveau-né** (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 octobre 1929, p. 637).

35. **Kyste du cou probablement d'origine branchiale chez le nouveau-né** (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique*. Séance du 5 novembre 1929; *Bulletin* 1930, p. 130).

36. **Contribution à l'étude de la rachianesthésie dans la pratique obstétricale** (Contribution à la thèse de G. Chavent).

37. **Melæna grave du nouveau-né. Etiologie manifestement syphilitique. Transfusion du sang maternel. Guérison.** En collaboration avec M. Rhenter (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 25 novembre 1929; *Bulletin* 1930, p. 132).

38. **Hypertrophie mammaire considérable chez une femme enceinte de 3 mois 1/2** (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 16 décembre 1929; *Bulletin* 1930, p. 136).

1930

39. **Hémorragie grave du « post-partum » traitée par l'exploration digitale intra-utérine. Guérison** (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance de février 1930). — En cours de publication.

40. **Hémorragies habituelles par inertie après la délivrance traitées préventivement par des injections du lobe postérieur d'hypophyse** (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance de mars 1930). — En cours de publication.

41. **Un cas de phlébite double de la grossesse.** En collaboration avec M. le Docteur Pigeaud (*Société de Gynécologie et d'Obstétrique.* Séance du 7 avril 1930). — En cours de publication.

GROSSESSE
NORMALE et PATHOLOGIQUE

Signification clinique et thérapeutique des cas d'agglutination réciproque des globules rouges de la mère et de l'enfant nouveau-né

La question des groupes sanguins et des cas d'inter-agglutination sanguine est de plus en plus à l'ordre du jour. Nos recherches commencées depuis 1925 ont eu pour objet l'étude des groupes sanguins de la mère et du nouveau-né, dans le but de dégager autant que possible la signification clinique et thérapeutique de l'agglutination réciproque des globules rouges. Sur ce point limité de cette très vaste question, nous avons pu déterminer les conclusions suivantes :

Les groupes sanguins constituent une entité biologique démontrée et d'une valeur universellement reconnue tout au moins en ce qui concerne la compatibilité ou l'incompatibilité sanguine.

Chez la femme récemment accouchée, les groupes sanguins se distribuent suivant un pourcentage sensiblement identique à celui observé chez l'adulte en général.

Le groupe sanguin de la mère et du nouveau-né peut être différent dans 35 % des cas environ. Au point de vue thérapeutique, ces différences représentent, dans la proportion de 15 % des cas, des enfants dont le sérum peut agglutiner les globules de la mère. Donc, en ce qui concerne la transfusion, le sang maternel n'est pas nécessairement compatible pour l'enfant dans les premiers jours qui suivent sa naissance. Vue la difficulté que l'on a de se procurer une quantité suffisante de sérum du nouveau-né l'étude comparée des groupes sanguins de la mère et du nourrisson constitue la méthode la plus pratique pour s'as-

surer de la compatibilité du sang maternel. Une expérience assez longue nous en a montré la sûreté suffisante.

En cas de groupes dissemblables, il y aura lieu ou de différer la transfusion ou de rechercher un sang du même groupe ou du groupe IV. Si l'une ou l'autre de ces conditions ne peuvent pas être réalisées et s'il y a un intérêt majeur à pratiquer la transfusion, il faudra faire l'injection sanguine avec la plus grande lenteur et les plus grandes précautions. Aux premiers signes cliniques d'intolérance on devra arrêter l'opération.

Au point de vue de la signification pathologique de l'agglutination réciproque des globules rouges de la mère et du nouveau-né on peut retenir les points suivants :

Si l'on ne peut pas établir une relation constante et nécessaire entre l'agglutination des globules rouges du nouveau-né par le sérum de la mère et les manifestations toxémiques de la gravidité, il semble que le phénomène soit plus fréquemment observé chez les femmes dont la grossesse est mal supportée.

La manifestation clinique qui coïncide le plus souvent avec cette agglutination est la persistance au delà du troisième mois, des vomissements des femmes enceintes. Quant à rendre ce phénomène responsable de l'éclampsie (théorie de Mac Quarrie), l'état actuel de nos recherches ne nous permet pas de l'affirmer.

En ce qui concerne l'agglutination des globules de la mère par le sérum du nouveau-né, elle paraît exister plus particulièrement chez l'enfant qui présente de l'ictère catarrhal bénin. Ceci pour deux raisons possibles :

1° La non constitution du groupe par l'absence d'agglutinines dans le sang du nouveau-né peut être le témoin de l'auto-agglutination des globules que l'enfant apporte à sa naissance et qui sont rapidement détruits au profit du sang nouveau que son organisme élabore en abondance.

2° Au cours de l'allaitement même des premières heures, le colostrum ou le lait peuvent contenir des agglutinines différentes de celles du sang fœtal qui peut d'ailleurs n'en point contenir. L'absorption de ces substances et leur passage dans le sérum sanguin peut alors, selon toute vraisemblance, entraîner un certain degré d'agglutination et d'hémolyse dans le sang du nouveau-né.

Enfin, il faut signaler une dernière conséquence d'ordre pra-

tique : la présence de l'ictère chez le nouveau-né devra inciter à une prudence toute particulière s'il s'agit de transfuser l'enfant qui présente cette manifestation.

Hypertrophie mammaire considérable chez une femme enceinte de 3 mois 1/2

Observation d'une malade de la Clinique obstétricale, qui dit avoir remarqué l'hypertrophie progressive de son sein droit dès le début de sa grossesse. Cette femme robuste et bien constituée,



enceinte d'environ 3 mois 1/2, déclare avoir toujours eu des seins un peu gros, mais l'augmentation du volume de son sein droit se manifesta environ 15 jours après la date où elle cons-

tata la disparition de ses règles. L'évolution générale en fut rapide et le sein arriva au volume maximum, approximativement en 1 mois 1/2. Actuellement, il mesure 33 centimètres de haut, 66 centimètres de circonférence et pèse environ 6 kilogs (cette dernière évaluation ne pouvant être qu'approximative).

L'examen général et obstétrical ne révèle rien d'anormal. De plus, la malade déclare qu'à aucun moment de son existence, notamment au moment de ses règles, elle n'a constaté de modifications notables, du côté du volume de ses seins.

Après quelques jours de mise en observation et suivant la thérapeutique préconisée par Baumgartner, on pratique chez elle de l'opothérapie ovarienne par voie buccale pour essayer de lutter contre une déficience probable des sécrétions internes des ovaires.

Cette médication ne paraît modifier que faiblement la situation. Toutefois, la tumeur n'augmente pas de volume, elle paraît même se ramollir légèrement, donnant assez exactement au palper l'impression d'une tumeur graisseuse. Au bout de 10 jours de traitement, la malade demande à regagner son pays d'origine, étant entendu qu'elle suivra régulièrement les consultations de grossesse.

Plusieurs questions se posent à l'occasion de cette malade. Cette hypertrophie paraît bien être à ranger dans le cadre de l'hypertrophie gravidique pseudo-éléphantiasique de Cornil et sur laquelle insistait les auteurs classiques depuis Velpeau. Il semble toutefois que l'élément adipeux soit ici particulièrement intéressé; nous n'avons pas jugé utile de faire, au moins actuellement, une biopsie que d'ailleurs il était difficile de pratiquer suffisamment en profondeur. Nous pensons, en effet, suivant en cela l'opinion de Delbet, qu'une intervention chirurgicale par amputation ne paraissait pas indiquée à ce moment, sauf complications secondaires ou infectieuses. Nous espérons enfin la rétrocession rapide de l'hypertrophie après l'accouchement.

Quant à la question de l'unilatéralité de l'hypertrophie, elle ne nous semble pas encore résolue tant que la grossesse n'aura pas terminé son évolution.

Abcès amicrobien du sein pendant la grossesse

Dans le service de M. le Professeur Commandeur nous avons eu l'occasion d'observer avec M. Gaucherand un abcès du sein précédé d'un stade de galactophorite développé au sixième mois de la gestation. L'origine de cet abcès glandulaire n'a pas pu être précisé et il ne s'agissait, à coup sûr, ni d'eczéma ni de gale. Cet abcès fut traité par une incision avec drainage au point déclive; le pus prélevé à ce moment et ensemencé extemporanément n'a donné naissance à aucune colonie microbienne. Il est vraisemblable de supposer que les germes infectieux de faible virulence ont été rapidement détruits sous l'action énergique des défenses phagocytaires et humorales.

Rétroversion de l'utérus gravide et crises d'asthme, réduction spontanée et guérison des manifestations respiratoires

Cette observation nous a paru digne d'intérêt car elle a permis de saisir d'une manière très précise la corrélation qui existe entre l'irritation classique du Douglas et les manifestations asthmatiformes. Cette malade primipare, de bonne santé habituelle, se mit à présenter, après un retard de règles de 3 semaines, des crises d'asthme typique qui débutèrent brusquement pendant la nuit. Ces crises continuant, déterminèrent, assez rapidement, de l'angoisse respiratoire et un mauvais état général. L'examen gynécologique pratiqué à 2 mois 1/2 permit de percevoir un utérus gravide rétroversé et irréductible.

Brusquement alors que la malade était enceinte de 4 mois environ, elle eut l'impression très nette de respirer plus librement et mise par nous au courant de sa situation, elle pensa que son utérus venait de se réduire. Le lendemain, un examen pratiqué permit de constater que la matrice était en position normale et en antéversion légère.

A partir de cet instant précis, les six derniers mois de la grossesse furent absolument normaux sans phénomènes morbides d'aucune sorte.

L'accouchement fut caractérisé par une période de dilatation très lente (44 heures), déterminée par une sacculation du segment inférieur avec col en arrière presque sous le promontoire. Nous avons pensé que cette anomalie de la dilatation par sacculation devait être due vraisemblablement à des causes identiques à celles qui avaient présidé à la bascule du fond utérin (anomalie anatomique ou adhérences péritonéales anciennes). Enfin, cette observation tend à prouver une fois de plus que, bien souvent, la grossesse, évoluant, réduit spontanément ces utérus rétroversés.

Essai d'une thérapeutique de l'hydramnios par les injections intraveineuses hypertoniques

Dans le service de M. le Professeur Commandeur et sur ses conseils, nous nous sommes demandé si les injections intraveineuses de solutions hypertoniques ne pourraient pas être appliquées aux hypertensions de liquide amniotique, pour obtenir des effets analogues à ceux appliqués par M. Leriche et les auteurs américains aux hypertensions du liquide céphalo-rachidien par des injections similaires. Nous avons choisi une femme V pare enceinte d'environ 7 mois 1/2 et qui présentait depuis une quinzaine de jours une hydramnios des plus nettes. A la fin du huitième mois, première injection intraveineuse d'une solution de chlorure de sodium à 30 p. 1000. Injection bien supportée, sauf une céphalée assez prononcée et un peu de cyanose de la face. Ces accidents ont été fugaces, ils ne se reproduisirent pas au cours des autres injections qui, au nombre de 7, ont été renouvelées à intervalles de 2 ou 3 jours. A noter qu'à partir de la deuxième injection cette malade a eu une impression de mieux-être des plus nettes. Du côté abdominal, la circonférence ombilicale mesurée au niveau de repaires fixes est

tombée de 98 centimètres à 94. La palpation utérine a été nettement modifiée, la tension était certainement moins forte et le fœtus plus facilement perceptible après la cinquième injection, le diagnostic de présentation du siège qui n'avait pu être fait est devenu possible. L'accouchement a donné naissance à un enfant de 4.060 grammes (placenta 650), le liquide amniotique recueilli était 1.500 grammes environ. Il s'agissait d'une hydraminos de gros œuf.

Nous avons recherché l'influence de ces injections sur la sécrétion urinaire, la quantité ne fut pas modifiée et varia de 1.200 à 2.000 grammes en 24 heures. Le taux des chlorures fut nettement augmenté, atteignant 18 à 20 grammes en 24 heures, au lieu de 10 à 15 grammes. Le rapport chlorure de sodium × urée qui est normalement de 45/100 fut aussi, de ce fait, augmenté et atteint 95/100. L'urée ne fut pas diminuée.

Quant à la tension artérielle, elle s'est toujours maintenue dans les limites de 12 pour la maxima et 8 pour la minima.

A aucun moment, il n'y a eu de l'albumine dans les urines ni aucun œdème.

Cet essai thérapeutique n'a qu'une valeur symptomatique, toutefois il nous a paru encourageant et à coup sûr sans aucun danger, tout au moins quand le rein fonctionne normalement.

Mort rapide au cours d'une albuminurie gravidique

Les morts subites au cours de l'albuminurie et en particulier de l'albuminurie gravidique ne sont pas extrêmement rares. Néanmoins, il est toujours intéressant de souligner ces faits surtout lorsque, comme dans le cas que nous rapportons, les manifestations morbides constatées étaient en voie d'amélioration très nette, l'obitus terminal surprend d'autant plus.

Cette malade, que nous avons observée dans le service de notre Maître, M. le Professeur Voron, nous a paru digne d'intérêt pour les deux raisons suivantes :

1° Les accidents qui ont entraîné la mort sont survenus alors

que la malade était surveillée dans une maternité depuis plusieurs semaines et que, sous l'influence du traitement et du régime, elle semblait en pleine voie d'amélioration.

2° La mort n'est pas survenue du fait de l'une des complications habituelles de l'albuminurie gravidique, à savoir l'éclampsie et l'œdème aigu du poumon, mais bien consécutivement à un infarctus cérébral, lui-même conditionné par des lésions rénales. Cela tendrait à prouver que de telles lésions peuvent évoluer malgré la thérapeutique usitée en pareilles circonstances et en l'absence des signes habituels de l'insuffisance rénale qui n'avaient fait leur apparition que quelques heures avant l'accident terminal.

Crise d'éclampsie avec albuminurie massive ne cédant qu'au 4me mois du post partum

I geste de 39 ans ayant présenté au sixième mois deux crises caractéristiques d'éclampsie, régime et traitement habituel suivis très sévèrement.

Accouchement prématuré, spontané, au septième mois, d'une fille mort-née de 1.370 grammes. Délivrance spontanée avec de nombreux infarctus sur la face maternelle. Les suites de couches furent normales, mais, malgré un régime sévère et bien suivi par la malade, celle-ci continua à présenter pendant trois mois consécutifs, une albuminurie oscillant entre 0 gr. 06 et 1 gr. 5, avec une tension moyenne de 15/10. L'albuminurie ne disparut que 4 mois 1/2 après l'accouchement, disparition confirmée à plusieurs reprises.

Cette observation rapportée avec notre Maître, M. le professeur Voron, nous a paru intéressante, car l'albuminurie gravidique survenant chez une malade indemne de tout passé rénal est, en général, moins tenace.

DÉLIVRANCE et SUITES de COUCHES

HÉMORRAGIES TARDIVES DU POST PARTUM

Hémorragies du post partum, traitement médical Guérison

Hémorragies du post partum traitées par exploration digitale intra-utérine. Guérison

Contrairement aux notions, anciennement classiques, sur le traitement des hémorragies tardives des suites de couches par le curage systématique, nous avons eu plusieurs fois l'occasion de mettre en pratique les idées que nous avons toujours entendues défendre par notre Maître, M. le professeur Voron, à savoir : l'extrême danger que peuvent présenter les explorations intra-utérines une fois passées les 24 premières heures qui suivent la délivrance. Ce point de vue, également soutenu par MM. Couvelaire et Desnoyer et récemment à Lyon par MM. Trillat, Rhenter et Eparvier, tend à se généraliser de plus en plus dans l'esprit des accoucheurs. Les deux observations que nous avons rapportées confirment cette manière de voir.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une III pare qui, à la fin de la première semaine de ses suites de couches, se mit à présenter des pertes sanguines franchement exagérées, qui, vers le neuvième jour, prirent un caractère nettement hémorragique. L'écoulement sanguin ne paraissant pas immédiatement menaçant, nous avons pensé qu'il pouvait être d'un intérêt vital pour la mère de s'abstenir de toute thérapeutique utérine le plus longtemps possible. Nous nous sommes donc volontairement borné au traitement médical (quinine, pituitrine, ergotine), ce dernier médicament nous ayant paru avoir une action plus efficace que la pituitrine à ce stade de l'état puerpéral. Cette thé-

rapeutique a suffi pour obtenir la guérison complète de cette malade.

Dans un deuxième cas, il s'est agi d'une hémorragie survenue chez une II pare au huitième jour du post-partum, qui prit rapidement un caractère menaçant, puisqu'en trois heures, la malade perdit 1.500 grammes de sang recueilli et pesé. Fallait-il délibérément soumettre cette malade à une opération chirurgicale mutilante? Etant donnée l'absence de toute réaction fébrile antérieure, nous avons fait, sous anesthésie générale, un toucher intra-utérin très prudent, au cours duquel nous avons pu nous rendre compte qu'il n'y avait aucune rétention de cotylédons, mais uniquement quelques caillots adhérents qu'un peignage léger put facilement évacuer. Les suites de cette intervention prudente furent excellentes et vraisemblablement à cause de l'absence de toute rétention placentaire et de l'absence de grattage de la surface endo-utérine, car il est bien certain que la perception d'une masse cotylédonnaire adhérente dans l'utérus indique bien plutôt l'hystérectomie presque systématique que le curage digital anciennement classique.

Il demeure bien entendu que, dans tous les cas, il n'y a aucun danger à prolonger très loin le traitement expectatif médical, à condition que la malade puisse être placée sous une surveillance chirurgicale active.

Inerties utérines habituelles après la délivrance traitées préventivement par des injections de lobe postérieur d'hypophyse

Nous avons pratiqué cette thérapeutique dans le service de notre Maître, M. le professeur Voron, chez sept multipares qui, au cours de leurs accouchements précédents, avaient présenté des hémorragies notables par inertie utérine après la délivrance.

Il s'agissait de trois II pares, de deux III pares, d'une V pare et une VI pare, principalement en ce qui concerne les deux grandes multipares, ces malades redoutaient beaucoup la pos-

sibilité d'une nouvelle hémorragie. Les résultats déterminés par cette technique furent en tous points excellents et une fois la délivrance effectuée, ces malades ne présentèrent aucune perte sanguine anormale. Nous insistons seulement sur les points suivants :

L'injection doit être faite immédiatement après la sortie du délivre et que l'on s'est assuré de l'intégrité parfaite tant du placenta que des membranes. En cas de moindre doute sur ce dernier point, un peignage soigneux de la cavité utérine devra être effectué à seule fin d'éviter les accidents d'incarcération qui, exagérés par l'injection médicamenteuse, seraient difficiles à vaincre. De plus, entre la période qui suit l'injection et celle de l'apparition des premières contractions utérines (période qui ne dure que quelques minutes), il est bon de maintenir par la paume de la main le fond utérin et de pratiquer une légère expression de l'utérus à seule fin d'éviter l'accumulation des caillots dans son intérieur. Faute d'avoir négligé cette dernière précaution, une de nos malades (II pare) présenta, au cours de ses suites de couches immédiates, une température subfébrile, des lochies fétides. Le tout rétrocédant après l'évacuation de quelques caillots jusqu'alors retenus in utero. Nous avons eu, semble-t-il, à nous féliciter de cette thérapeutique, qui, dans le cadre précis où nous l'avons employée, nous a donné toute satisfaction.

Contrairement aux indications habituelles du lobe postérieur d'hypophyse que nous n'employons pas, principalement comme ocytocique, cet emploi de la pituitrine nous a paru sans aucun danger, et paraît confirmer les idées soutenues par M. Rhenter, au Congrès d'Obstétrique et de Gynécologie de Bruxelles, en 1929.

Un cas d'inversion utérine

Ce cas observé avec M. le professeur agrégé Rhenter se produisit malgré la délivrance différée et l'absence systématique de toute manœuvre d'expression et de traction funiculaire, chez une malade albuminurique. La réduction pratiquée immédia-

tement fut assez facile et mis à part un choc intense qui suivit les manœuvres de reposition, les suites furent assez satisfaisantes. Il s'agissait d'une inversion utérine du troisième degré avec corps utérin complètement retourné en doigt de gant et éversé en dehors des voies génitales.

La torsion des fibromes utérins pendant les suites de couches

Le professeur Commandeur a fait exposer dans la thèse de Petrovitch les déductions cliniques et thérapeutiques que l'on pouvait tirer d'observations de fibromes pédiculés et subissant des accidents de torsion au cours de l'involution utérine. Ce travail a permis de mettre en évidence les points suivants :

La torsion des fibromes utérins dans les suites de couches est un accident qui paraît très rare.

Au point de vue symptomatique, les signes en sont relativement imprécis et se traduisent par des phénomènes douloureux spontanés à la pression abdominale et par une élévation brusque de température. La réaction péritonéale ne paraît pas très marquée.

Au point de vue diagnostic, il est très difficile de différencier la torsion des fibromes, d'autres accidents pouvant survenir dans les suites de couches comme leur nécrose ou leur suppuration.

La thérapeutique doit consister en une laparotomie immédiate suivie d'après les conditions anatomiques, soit d'une myomectomie, soit d'une hystérectomie subtotale.

Expulsion spontanée d'un fibrome sphacèlé pendant les suites de couches

Nous avons observé cette malade avec M. Gauchcrand, dans le service du Professeur Commandeur : IIe geste de 39 ans, chez laquelle l'examen pratiqué pendant la grossesse permet de constater l'existence d'une présentation transversale avec obi-

tus fœtal. A aucun moment, on ne perçoit de masse fibromateuse. Accouchement d'un fœtus de 1.700 grammes, dans un état de macération très prononcé. Placenta de 260 grammes, sans altération. Dès le lendemain de l'accouchement et les jours suivants, température oscillant entre 38° et 39°5, involution utérine très lente, lochies purulentes et fétides.

Neuf jours après l'accouchement, on perçoit dans la partie antérieure gauche de l'utérus une masse sessile, dure et arrondie, de 5 à 6 centimètres de diamètre approximatif, faisant nettement corps avec l'utérus. Il paraît manifestement s'agir d'une masse fibromateuse qui vient de s'extérioriser après avoir été imperceptible tant pendant la grossesse que pendant l'accouchement.

Pour lutter contre la lochiométrie, on met en place un drain de Mouchotte, qui donne issue presque immédiatement à un flux lochial très abondant. Malgré cela, l'état de la malade devient peu à peu inquiétant, avec température élevée, mauvais état général, abdomen ballonné et douloureux. Il est incontestable que l'utérus est le siège d'un fibrome en voie de sphacèle. Pour cette raison on décide de temporiser au point de vue opératoire et trois jours après un dernier examen pratiqué par MM. Commandeur et Villard (soit 26 jours après l'accouchement), la malade, éprouvant le besoin d'aller à la selle, expulsa par le vagin une masse charnue, grisâtre, d'une odeur infecte, du volume du poing et pesant 200 grammes. A la suite de cette expulsion spontanée, l'état général et local s'améliore rapidement et 20 jours après la guérison était obtenue. Cette heureuse terminaison a rapidement redressé une situation qui paraissait compromise et évité une hystérectomie qui, à un certain moment, paraissait devoir être envisagée, subordonnée seulement à l'état général meilleur de la malade.

Phlébite du membre supérieur droit au cours d'une streptococcémie post-abortive

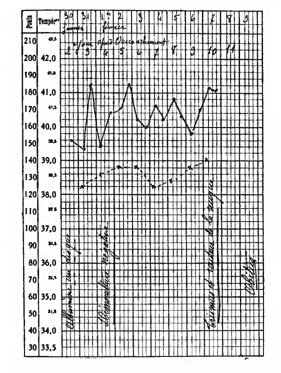
Cette malade, que nous avons observée avec M. Gaucherand dans le service de M. le professeur Commandeur, présenta, au cours d'une affection post-abortive rapidement mortelle, une phlébite du membre supérieur droit évoluant en même temps qu'une phlegmatia du membre inférieur du même côté. L'autopsie démontra qu'il s'agissait nettement d'une phlébite de l'axillaire par embolie septique.

Hydramnios. Anencéphalie Suites de couches fébriles d'origine vraisemblablement spécifique

Nous avons eu l'occasion d'observer avec notre Maître, M. le professeur Voron, une malade qui avait accouché d'un fœtus anencéphale mort-né et ayant présenté pendant sa grossesse une hydramnios nette. Les suites de couches furent caractérisées par une température très élevée avec frissons, raideur articulaire, mauvais état général contre lesquels on essaya de lutter par le sérum antistreptococcique, les métaux colloïdaux, abcès de fixation, etc., qui restèrent absolument sans effet. En raison de l'anencéphalie et de l'hydramnios, M. Voron fit pratiquer un traitement au néosalvarsan, qui, très rapidement, amena une rétrocession des symptômes. Ainsi que le pense M. Voron, dans un article publié avec la collaboration de M. le Professeur Favre et Grivet, il s'agit, dans des cas analogues, vraisemblablement de fièvre syphilitique chez laquelle le traitement spécifique agit non pas en temps qu'antiseptique banal lancé dans la circulation, mais bien comme antisyphilitique. Le caractère de brusquerie est bien celui qu'on est habitué à rencontrer dans la disparition d'accidents notoirement syphilitiques sous l'influence de la médication arséniée. D'ailleurs, chez notre malade, nous avions pu mettre en évidence la notion d'une syphilis certaine de la mère de la gestante et la réaction de B.-W. était positive,

Tétanos puerpéral

Nous avons observé, avec M. le Professeur agrégé Trillat, une secondipare de vingt-deux ans, accouchée il y a 4 jours et envoyée à la Charité pour fièvre puerpérale. Accouchement



normal à terme, enfant vivant. Le lendemain de l'accouchement, tranchées particulièrement douloureuses pendant 24 heures.

Température élevée à 38, puis 39°, le surlendemain de l'accouchement. A l'entrée, le 30 janvier 1927, température à 39°5, pouls à 120. Utérus gros, lochies purulentes. Le lendemain de l'entrée dans le service, température montée à 41°2. Elle se maintient entre 40 et 41° les jours suivants. Hémoculture négative. Rate non perçue, utérus évoluant lentement. Pas d'oppression.

Le 7 février au matin, apparition d'un trismus très accentué qui va en progressant, raideur de la nuque, difficulté de la parole le soir même et mort dans la nuit.

Le médecin de la famille, à qui des renseignements ont été demandés, écrit que cette femme habitait dans un lieu d'une saleté sordide, la pièce où elle a accouché servait de salle à manger et d'étable et qu'il n'avait jamais pénétré dans un « taudis » d'une pareille saleté. Du fumier était répandu dans la pièce.

DYSTOCIE

ET

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

ANESTHÉSIE RACHIDIENNE POUR ÉVACUATION EXTEMPORANÉE DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Myomectomie au cours de la grossesse
Evacuation extemporanée de l'utérus sous rachianesthésie

Deux cas d'anesthésie rachidienne au cours du travail

Contribution à l'étude de la rachianesthésie dans la pratique obstétricale
(Thèse de CHAVENT)

La rachianesthésie en obstétrique est actuellement à l'ordre du jour. Les études de Max Cheval, celles de M. le Professeur Brindeau et récemment, en 1928, les nombreux travaux de M. le Professeur Delmas ont attiré l'attention des accoucheurs sur l'action en quelque sorte physiologique de la rachi.

Nous nous sommes efforcés à la Clinique obstétricale de Lyon de préciser les indications de l'anesthésie rachidienne comme procédé d'accouchement méthodiquement rapide. Sur ce point, la collaboration de M. le Professeur Voron a été rapportée dans la thèse de Chavent, à laquelle nous avons fourni trois observations.

Enfin, voici résumés, trois cas personnels :

La première malade fut opérée, vers le cinquième mois de sa gestation, par M. le Professeur Villard, d'une myomectomie pour fibrome douloureux et, vraisemblablement, en voie de nécrose,

Cette malade, présenta, au cours des semaines suivantes, des menaces de désunion de sa cicatrice abdominale. Ne voulant pas pratiquer une hystérotomie sur un utérus suturé peu de temps avant, nous décidâmes de pratiquer une évacuation utérine extemporanée sous-rachi, une fois la malade arrivée à terme. Dilatation obtenue au bout d'un quart d'heure, forceps haut et assez difficile, préféré à la version à cause de l'état cicatriciel du corps utérin et la malade ayant fait les eaux prématurément avant l'intervention. Enfant vivant, hématome du ligament large gauche. Guérison obtenue au bout de trois semaines.

Dans un deuxième cas, nous fûmes en présence d'une I pare avec souffrance fœtale, diagnostiquée dès le début du travail avec col mince, effacé, dilaté à 3 centimètres. Rachianesthésie, on complète rapidement la dilatation, version podalique, extraction de difficulté moyenne, suites excellentes pour la mère et pour l'enfant. La malade avait fait les eaux antérieurement à ces manœuvres sans que l'on puisse définir le moment précis de la rupture de la poche des eaux.

La troisième observation concerne une VII pare : rupture de la poche des eaux, deux jours avant le travail, à l'arrivée à la clinique obstétricale, présentation de l'épaule, avec col dur et non effacé. Rachianesthésie qui ne donne que peu de résultat. On lui adjoint une anesthésie générale et, après une demi-heure d'efforts, on arrive à abaisser un pied dans le vagin, on donne du chloral, la rétraction utérine finit par céder et 10 heures après la malade accouche spontanément d'un enfant mort-né de 2.520 grammes.

Ces observations jointes à quelques autres similaires confirment la notion que, dans les cas où il y a un certain degré de contracture du muscle utérin avec rétraction de l'anneau de contraction, la rachianesthésie peut donner de mauvais résultats. Par contre, dans les cas où cet état de l'utérus n'existe pas et lorsque les membranes ne sont pas rompues ou rompues depuis peu, cette méthode peut rendre de réels services, appliquée avec discernement et chez les malades dont l'état général et la tension artérielle permettent de supporter facilement ce mode d'anesthésie.

Présentation de l'épaule négligée fissuration du segment inférieur traitée par laparotomie et suture. Guérison

I pare amenée à la clinique obstétricale avec fœtus mort se présentant par l'épaule, la main procidente et douleurs exagérées. Le toucher montre, en arrière de la présentation, une brèche sur la partie postérieure du segment. Après une embryotomie facile, on se rend compte de la présence d'une fissure de 2 à 3 centimètres. On pratique immédiatement une laparotomie qui montre un utérus par ailleurs parfaitement sain. On suture alors cette brèche, on enfouit par un surjet, fermeture sans drainage. Guérison sans complications.

Rupture utérine traitée par le tamponnement simple Guérison

Rupture du segment inférieur du promontoire traitée par le tamponnement. Guérison

Il s'agit de deux ruptures utérines observées dans le service de notre Maître, M. le Professeur Voron, semblant toutes deux intrapéritonéales et survenues en dehors de l'insertion vicieuse du placenta. Dans un cas, la rupture s'était produite consécutivement à une présentation de l'épaule négligée (deuxième fœtus d'un accouchement gémellaire). Dans le second, il existait un rétrécissement léger du bassin et une application de forceps avait été tentée après 48 heures de travail. La déchirure constatée après l'extraction fœtale s'était faite au niveau du promontoire et l'on peut se demander si elle était due à l'usure des tissus par la suite de la pression prolongée de la tête ou au contraire au forceps.

Dans les deux cas, bien qu'il n'y eut pas d'hémorragie, l'état général de la malade était très inquiétant. Pour ces deux raisons,

bien que partisan en principe de l'hystérectomie pour les cas de ce genre, M. Voron nous avait conseillé l'expectation. Un tamponnement peu serré a été appliqué par précaution contre une hémorragie possible et pour assurer le drainage. Les deux malades ont guéri après des incidents bénins. La transfusion avait été faite à l'une d'elles.

Pitavy a résumé, dans sa thèse inaugurale (1925), ces deux observations. La conclusion en est que si, en présence d'une rupture utérine, le principe de l'intervention opératoire doit être admis dans la grande majorité des cas, il est cependant des circonstances où l'on peut être conduit à s'abstenir. Parmi ces circonstances, on peut citer :

1° La déficience des conditions matérielles, comme c'est le cas, par exemple, à la campagne, loin d'un centre chirurgical ;

2° La gravité de l'état général de la malade qui l'empêcherait de supporter un déplacement à longue distance ou le shock anesthésique ou opératoire ;

3° La petitesse de la déchirure, sa situation extrapéritonéale, l'absence ou le peu d'importance de l'hémorragie.

Dans ces conditions, on peut avoir recours à l'expectation en plaçant simplement une mèche dans la plaie utérine et en relevant l'état général de la malade par tous les moyens possibles.

Dans un certain nombre de cas, on aura ainsi des succès dont les deux cas que j'ai observés sont des exemples.

PATHOLOGIE du NOUVEAU-NÉ

La TRANSFUSION du SANG aux NOUVEAU-NÉS

Les hémorragies du nouveau-né
Traitement par la transfusion du sang
(Thèse de CHARBONNIER)

Hémorragies gastro-intestinales graves chez le nouveau-né
Transfusion du sang. Guérison

La transfusion du sang chez le nouveau-né
(Thèse de GIRAUDON)

Melœna grave du nouvèau-né. Etiologie manifestement syphilitique. Transfusion du sang maternel. Guérison

Nous avons eu l'occasion d'effectuer un ensemble de travaux sur la question de la transfusion du sang au nouveau-né. Nous nous sommes efforcé d'en préciser les conditions d'application dans une série de publications préalablement citées. D'accord avec Happ, Mac Quarrie et Travlos, et contrairement à l'opinion de de Biasi, nous pensons que le sang de la mère peut être incompatible et dangereux pour l'enfant dans une proportion qui varie de 15 à 7 % des cas. De fait, des accidents ont été observés en l'absence d'épreuve de compatibilité (cyanose apnée, mouvements convulsifs). Nous avons même été le témoin d'une mort

brutale au cours d'une transfusion par ailleurs correctement exécutée.

De plus, en raison de l'extrême fréquence de la non constitution définitive du groupe sanguin chez l'enfant nouveau-né, il sera bon de répéter les épreuves de compatibilité au cours d'une nouvelle transfusion.

La quantité de sang à transfuser sera variable suivant le poids de l'enfant et le degré de l'hémorragie qu'il peut présenter. Nous pensons que l'on peut injecter sans danger jusqu'au centième du poids de l'enfant. Nous avons même pu, dans certains cas d'hémorragie tenace du tube digestif, dépasser légèrement ces doses sans inconvénient.

Enfin, suivant en cela des données précisées antérieurement par Guéniot et Séguy, nous sommes d'avis que la transfusion peut être répétée au bout de quelques jours (3 à 7) pour le plus grand bien de l'enfant.

Les cas où nous avons pratiqué cette thérapeutique se groupent en trois cadres, dont deux essentiels :

La première indication, indication classique et majeure, est représentée par les hémorragies graves et tenaces du tube digestif. Suivant en cela les directives de M. le Professeur Voron, qui préconise la transfusion après échec du traitement médical classique (médicaments hémostatiques représentés par sérum gélatiné, chlorure de calcium, adrénaline, injections sous-cutanées de sérum de cheval, alliées ou non au traitement spécifique). Les 9 cas où nous avons pratiqué cette transfusion nous ont donné pleine satisfaction.

La deuxième série de faits est réalisée par l'état de débilité congénitale de certains enfants nés avant terme qui, malgré une alimentation et des soins bien réglés, restent stationnaires ou perdent même du poids. Nous tenons également un très grand compte de l'état d'hypothermie permanente de ces prématurés débiles, surtout lorsqu'ils présentent des accès de cyanose de plus en plus rapprochés.

A côté de ces indications classiques, nous ajouterons la notion des troubles digestifs tenaces ou des difficultés extrêmes d'alimenter même au lait de femme certains enfants qui poussent très

mal. Parmi eux, nous rangeons volontiers les nouveau-nés issus de souche tuberculeuse, dont la survie est très précaire, ainsi que l'a montré M. le Professeur Couvelaire, qui a insisté sur les troubles physiques nombreux que peuvent présenter ces enfants, dont 38 % meurent au cours du premier mois, malgré les soins attentifs dont ils peuvent être l'objet.

Dans ce dernier ordre d'idées, on peut constater, après la transfusion, un relèvement rapide et persistant de la température générale, la cessation des accès de cyanose en même temps qu'on observe une action nette sur l'assimilation (arrêt des troubles gastro-intestinaux, possibilité de l'alimentation facile au sein). Comme corollaire à ces résultats presque immédiats, on note une poussée rapide de l'accroissement pondéral et un relèvement marqué de l'état général. De plus, il nous a été donné (in-thèse de Giraudon) de satisfaire au vœu émis par M. Rhenter, à savoir la surveillance prolongée de ces débiles transfusés ; grâce à l'obligeance de M. Guéniot, nous avons pu avoir des nouvelles d'un enfant de 1.770 grammes qui, à 4 mois 1/2, pesait 5.500 grammes et se développait d'une manière très satisfaisante après deux transfusions de 2 centimètres cubes.

Enfin, au cours des différentes infections ou intoxications aiguës alimentaires ou spécifiques, la transfusion pourra être une arme thérapeutique de la plus haute valeur.

Au point de vue de la technique, nous n'avons pratiqué que les injections dans le sinus longitudinal supérieur, au niveau de l'angle postérieur du bregma, mais toujours précédées d'une ponction de repérage.

Pour des questions de commodité, nous ne nous sommes servis que du sang citraté.

Nous pensons que cette médication peut et doit être assez largement utilisée, car pratiquée correctement et avec les précautions précitées, elle peut rendre les services les plus éminents et cela sans danger pour des nouveau-nés qui, avant cette pratique, pouvaient paraître voués à une mort certaine, même rapide.

Un cas d'hématome du cordon

S'il n'est pas rare de rencontrer sur le cordon de petites varicosités plus ou moins nettes, ces varices de la veine ombilicale peuvent se rompre pendant le travail, plus rarement après la naissance. Il se produit alors une extravasation sanguine funiculaire sous-amniotique qui crée l'hématome du cordon. On peut leur assimiler les phlébolithes des anciens auteurs Depaul Winckel ; récemment enfin, leur étude a été reprise par M. le Professeur Couvelaire.

Le cas que nous avons observé avec M. le Professeur agrégé Trillat confirme la gravité de ces hématomes funiculaires. Il s'agissait d'un enfant qui présentait au niveau de l'insertion du cordon sur l'ombilic et se prolongeant sur une longueur de 10 centimètres une masse noirâtre allongée manifestement sous-amniotique qui ressemblait à une énorme sangsue gorgée de sang. On porte le diagnostic d'hématome du cordon et l'on pratique un peu au delà de sa terminaison funiculaire une double ligature. Cette collection se dessèche rapidement et se racornit en quelques heures.

Pendant 24 heures, l'enfant présente une vitalité faible, mais autorisant quelques espoirs de survie. Lorsque brusquement, environ 4 heures après sa naissance, il succombe rapidement après un stade de pâleur extrême, sans crise de cyanose et de dyspnée.

L'autopsie de cet enfant ne révéla rien de particulier, et notamment pas d'hémorragie viscérale ni méningée. Seul était à retenir un état d'induration de la veine ombilicale indiquant un processus thrombosique probablement ancien et de la même origine que celle ayant déterminé la lésion du cordon.

L'état de sécheresse de ce dernier ne permettait aucun examen anatomique.

L'Hydrocéphalie et le spina-bifida considérés au point de vue obstétrical

Le Professeur Commandeur a fait exposer, dans la thèse d'Atchimovitch, les conséquences obstétricales de la coexistence de ces deux malformations et dont voici la teneur essentielle:

L'hydrocéphalie congénitale accompagne souvent le spina bifida.

Cette hydrocéphalie peut répondre au type classique avec accumulation plus ou moins anormale du liquide dans la cavité cranienne. Mais elle prend souvent aussi le type d'une hydrocéphalie soit larvée, soit irrégulière. .

Au point de vue clinique, il peut résulter de cette coïncidence :

Soit une dystocie légère du fait que souvent l'hydrocéphalie est peu prononcée ou même partielle ;

Soit la tension de la tumeur rachidienne, surtout au cours de l'accouchement par le siège et parfois même sa rupture.

Kyste du cou probablement d'origine branchiale chez un nouveau-né

Petit kyste de la grosseur d'une noisette adhérent à la peau, à la partie moyenne du chef antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, qui laisse sourdre un liquide légèrement opalescent. L'hypothèse d'une mamelle surnuméraire éliminée après examen microscopique du liquide, on pense à la possibilité de l'origine branchiale de cette tumeur. L'enfant se développe normalement pendant toute la durée de son séjour à la clinique obstétricale et nous pensons que le pronostic de cette affection doit être bon, sous réserve d'une infection secondaire de la poche kystique.



Hydrocéphalie et Spina-Bifida *(in thèse Atchimovitch)*.

Enfoncement du frontal survenu au cours d'un accouchement spontané et traité par la méthode de Vicarelli

L'enfoncement du frontal survint au cours d'un accouchement spontané. Aucun accident chez l'enfant. Redressement immédiat par la méthode de Vicarelli (tire-bouchon). Cette méthode est considérée actuellement par tous les accoucheurs (en particulier par Commandeur) comme étant la plus simple et la plus rapide en même temps la plus inoffensive. Dans notre cas, l'ossification avancée des os du crâne a rendu difficile la pénétration de l'instrument et il a fallu nous servir d'une pointe très effilée. La force qu'on est obligé d'employer pour la pénétration ne nous paraît pas dangereuse en raison de son application tangentielle et du rapprochement des tours de spire du tire-bouchon. Les suites immédiates et éloignées pour l'enfant ont été parfaites.

Perforation d'un ulcère du duodénum chez le nouveau-né Hémorragie massive intra péritonéale

Enfant de 4 jours qui meurt en quelques heures sans avoir ni melœna, ni hématémèse.

A l'autopsie : abdomen plein de sang, ulcération perforée de la deuxième portion du duodénum.

Syphilis douteuse.

Ces perforations sont extrêmement rares.

GYNÉCOLOGIE

Contribution à l'étude des hémorragies utérines des jeunes filles

Leur traitement par la transfusion du sang

Nous avions étudié avec le Docteur Michon plusieurs cas de cette affection observés dans le service de M. le Professeur Villard et nous avons cru pouvoir en tirer les conclusions suivantes :

Malgré les progrès faits dans l'étude de cette question, la pathogénie de l'affection apparaît encore comme entachée d'incertitude. Il faut cependant avant tout distinguer deux classes d'hémorragies :

1° Celles qui relèvent d'une cause locale apparente : salpingite, polypes utérins, fibromes, etc., ou d'une cause d'ordre général : appendicite chronique, affections rénales, cardiopathie, affections chroniques (paludisme, tuberculose, syphilis) ;

2° Les hémorragies dites essentielles, où il paraît s'agir d'une dyscrasie sanguine, bien étudiées par P.-E. Weill, ou des troubles de fonctionnement de l'appareil glandulaire endocrinien.

Au point de vue clinique, nous avons distingué le type floride et le type anémique, mais avant tout nous avons insisté sur la nécessité absolue de l'examen de l'appareil génital, malgré les difficultés d'ordre anatomique ou moral qui peuvent en résulter. Il permet de constater deux types de malades bien différents : chez les unes, il existe un gros utérus, symptomatique de l'existence d'une endométrite fongueuse ; chez les autres, l'utérus n'est pas gros, il est même souvent aplasique et tout petit.

Enfin, nous insistons sur l'utilité de l'examen général très complet de la malade, notamment en ce qui concerne l'état du sang et celui du système endocrinien et sympathique.

Etant donné l'incertitude dans laquelle on est le plus souvent au sujet de la véritable cause de l'hémorragie, on conçoit que les méthodes thérapeutiques qui essaient de découler, dans la mesure du possible des conceptions pathogéniques, soient très nombreuses. Elles sont principalement de quatre ordres :

1° Médicamenteuses (sérum antihémorragique, opothérapie sous ses différentes formes principalement employés comme traitements associés) ;

2° Chirurgicales (curettage, interventions conservatrices par voie abdominale) ;

3° Physiques (radiothérapie et surtout curiethérapie, à la dose de 50 milligrammes de bromure de sodium pendant 24 heures). Ce dernier traitement nous a donné un certain nombre de succès tout en conservant le maintien ou le rétablissement des règles ;

4° Méthodes agissant par l'intermédiaire du sang, principalement les injections intraveineuses de citrate de soude et surtout la transfusion du sang faite à petites doses, de 50 à 100 centimètres cubes, répétées ou non.

Ces différentes méthodes nous ont donné des résultats différents et suivant les constatations de l'examen gynécologique nous avons conclu à la ligne de conduite générale suivante :

A. — Il existe une lésion objective de l'appareil génital :

1° L'utérus est gros, augmenté de volume, ses dimensions sont disproportionnées avec l'âge de la malade.

Dans ces cas, il y a infiniment de chances pour qu'il existe une hyperplasie muqueuse et des fongosités qui sont à l'origine de la métrorragie. C'est là l'indication typique du curettage. C'est dans ces cas qu'il donne des succès complets ; c'est dans ces cas seulement, à notre avis, que l'on devrait le faire. On a beaucoup trop abusé de cette méthode que l'on a vu renouveler plusieurs fois chez la même malade malgré les insuccès antérieurs ;

2° On constate une déviation utérine irréductible ou une lésion annexielle. Il est, dans ces cas, logique de rattacher le symptôme à la lésion constatée et la laparotomie est indiquée lorsque l'affection est réellement marquée. C'est au cours de la laparotomie et suivant les lésions constatées que l'on se déci-

dera, soit pour une opération ovarienne, soit pour une opération sur le sympathique.

B. — Il n'existe pas de lésion objective de l'appareil génital. Dans ces cas, il faut s'adresser successivement d'abord aux moyens agissant par l'intermédiaire du sang, ensuite à la curiethérapie :

1° On commencera par essayer le citrate de soude et c'est en cas d'insuccès que l'on aura recours aux transfusions sanguines ;

2° C'est après échec des moyens précédents que la curiethérapie devra entrer en ligne : c'est un moyen d'action plus brutal qui ne doit venir qu'en second lieu dans l'échelle thérapeutique.

Enfin le traitement général devra être associé aux traitements précédents, et ce n'est qu'à titre accessoire que l'on utilisera l'opothérapie, les différents sérums, les toniques ou les hémostatiques internes.

Table des Matières

DYSTOCIE ET OPERATIONS OBSTETRICALES

PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NE

GYNECOLOGIE



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
42, QUAI GAILLETON
LYON



Liste des Travaux scientifiques du Docteur E. Baussillon
Concours d'agrégation des facultés de Médecine
(1933)
Section d'Obstétrique

Pour les Travaux et communications antérieurs à Mai 1930 — se reporter à la liste des titres et travaux scientifiques — publiée à l'occasion du concours d'agrégation de 1930 — (Liste jointe au dossier)

Y ajouter =

922 Gros fibrome prævia — refoulement manuel après 30 heures de travail — Accouchement par les voies naturelles
(En collaboration avec le Dr Voron —
Bull. de la Société d'Obstétrique de Paris — P. 700 —

23 Vomissements incoercibles et môle hydatiforme
(En collaboration avec le Dr Voron)
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie — P. 119

1930 Malformations multiples chez un fœtus de 6 mois environ

En collaboration avec le Dr Brochier.

Bull. de la Société d'Obstétrique et Gynécologie. 1930. N.8. P. 562

Étude de l'accouchement prématuré spontané chez les femmes à bassin rétréci.

Thèse de R. Bouchet.

Étude statistique du poids et de la vitalité des enfants nés par accouchement prématuré provoqué à la clinique obstétric. de Lyon de Juillet 1927 à Septembre 1930.

Thèse de R. Boyer.

1931

Grossesse extra utérine de 7 mois, ayant simulé une sacculation du segment inférieur.

En collaboration avec le Dr Voron

Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1931. N 1. P. 47.

Hypertrophie mammaire gravidique considérable

En collaboration avec le Dr Voron

Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1931 N: 2. P. 141

Hémorragies graves du tube digestif chez le Nouveau Né
Échec de la transfusion
En collaboration avec le Dr Voron
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie - 1931 - N. 3 - P. 202

Traitement des Hémorragies du tube digestif chez le Nouveau Né
Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique Oct. 1931. P. 232.

Utérus cordiforme. présentation de l'épaule. Césarienne prophylactique -
En collaboration avec le Dr Pichon -
Bull de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Avril 1931. N. 4 - P. 277

Anomalie intestinale rencontrée au cours d'une Césarienne basse
En collabor. avec le Dr Voron
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie. Oct. 1931. N. 8. P. 611

Abaissement prophylactique du pied antérieur dans les présentations du siège. Indications et Résultats.
Thèse de ~~L. Landrieux~~ E.O. Georges

Étude statistique des placenta praevia à la clinique obstétricale dans ces 9 dernières années et traités par les procédés obstétricaux
Thèse de L. Landrieux

4

Infections mammaires au cours de l'allaitement à la Clinique obstétricale de 1927 à 1931. Étude statistique et thérapeutique.
Thèse de L. Morand.

Manifestations fébriles d'origine hépato intestinales dans les suites de couches immédiates.
Thèse de E. Vanlems.

A propos de deux observations de grossesse extra utérine au voisinage du terme
Thèse de H. Vacher.

Contribution à l'étude des hématomes étendus de la face et du cuir chevelu chez le nouveau-né
Thèse de J. Duran

Étude statistique de la délivrance artificielle précoce prophylactique des hémorragies par inertie utérine (Indication et résultats)
Thèse de J. Revilles.

1932

Infection gonococcique du post partum à forme de poly-arthrite.
Bull. de la Société d'Obstétrique et Gynécologie - Janv. 1932. N. 2. P. 1[illegible]

Enfants extraits par césarienne et ayant succombé à une hémorragie méningée -
En collaboration avec les Drs Voron et Pigeaud -
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1932. N° 2/139

Symptômes des manifestations fébriles hépato-intestinales des suites de couches immédiates.
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1932 - N° 3 - 287

Volumineux thrombo-phlébite du pédicule utéro-ovarien droit - découverte à l'autopsie d'une accouchée morte de pneumonie grippale
En collaboration avec les Drs Brochier et Guyonnet
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1932 - N° 8 - P. 709 -

Étude statistique de la rapidité de l'issue du délivre et ses rapports avec les hémorragies de la délivrance.
Th. de Maurice Crades.

Un cas de mort subite au cours d'un syndrome de vomissements graves de la gestation -
Thèse de G. Bureau

6 Contribution à l'étude thérapeutique des hémorragies gastro-intestinales du Nouveau-Né.
Thèse de Ch. Dupetit.

6 Observations de Phlébite des 4 membres au cours du post partum. (Considér. cliniques et thérapeutiques)
Thèse de G. Maret.

1955

Melaena et Hématémèse graves du Nouveau-Né
Transfusion dans les veines superficielles du pli du coude.
Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie 1955 N° 1/8 44.

Considérations sur un cas de mort subite au cours d'un syndrome de vomissements graves. ~~chez~~
En collabor. avec Mr. Gomet et Vial
(en cours de publication)

Étude anatomo clinique de reins polykystiques bilatéraux en collaboration avec Mr Guichard.
(en cours de publication)

+/ Les fièvres hépato-intestinales du post partum
en collaboration avec le Dr Voron
en cours de publication

Existe-t-il dans le post partum des fièvres d'origine
protéinique
en collaboration avec le Dr Voron
en cours de publication

O Bauple